FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 993

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bertrand COEVOET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Août 1941, à LYON

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS DE TUMEUR LARYNGEE D'ABRIKOSSOFF

Observations - Etude clinique Histologie

Président : Monsieur M. AUBRY (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1967

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Bertrand COEVOET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 août 1941 à Lyon

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

A PROPOS D' UN NOUVEAU CAS DE TUMEUR LARYNGEE D'ABRIKOSSOFF

Observations - Etude clinique
Histologie

-:-

Président : Monsieur M. AUBRY (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD(H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L.de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON(L), VERNE (J).

DOYEN ..... M. BROUET (G)

1er assesseur ..... M. BARGETON (D)
2ème assesseur ..... M. GOSSET (J)

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)

Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN(F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thér. générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J) LEVY (Mlle J)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et path.obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chirurgie exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOFF(Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) DREYFUS (J.Cl) POLONOVSKI(J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Histologie	COUJARD (R)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN(L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

	MM
Clinique carcinologique chirurgicale	REDON (H)
Clinique cardiologique Broussais	SOULIE (P)
Clinique cardiologique Boucicaut	LENEGRE (J)

MM

Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	N...
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		MERLE d'AUBIGNE(R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique dermatologique		DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de génétique médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HANBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)

MM

Clinique d'hydrologie et de climatologie	DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID (M)
Clinique neurologique	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique — Hôtel-Dieu	OFFRET (G)
Clinique ophtalmologique — Cochin	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture	THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique urologique	ABOULKER (P)
	COUVELAIRE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale — A. Chantin	DOMART (A)
Séméiologie médicale — Pitié	RAMBERT (P)
Séméiologie médicale — Rothschild	WOLFROMM (R)
Séméiologie et clin. chirurg.	POILLEUX (F)

MM.

Séméiologie traumatique et orthopédique ..... JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie ..... ANDRE (R), BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R)
Médecine ..... AZERAD (E), BOUR (H), GROSSIORD (A), LAMBLING (A), PEQUIGNOT (H), PERRAULT (M), SIGUIER (F), WORMS (R)
Neurologie ..... LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie ..... MADURO (R)
Pneumo-phtisiologie ..... KREIS (B), MEYER (A)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie ..... CABROL (C)
Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D)
Biochimie médicale ..... CARTIER (P), GONNARD (P)
Biologie médicale ..... HARTMANN (L)
Physique médicale ..... GREMY (F), ROUCAYROL (J.C.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie ..... HAUDUROY (P)
Pr.s.ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J)
Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J)

Conseillers administratifs ..... Mlle CHAINTREUIL (G)
M FAYE (R)

Conservateur en chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M le Docteur HAHN (A)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P)
LE NOIR (G)
QUIEVREUX (E)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Mlles DUROZOY (M.F.), LAURENT(H)
Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

-:-

A la mémoire de mon Père

A ma famille

En témoignage de ma
profonde affection

A Monsieur Jacques BARBOU

Administrateur Directeur Général
de D.A.V.U.M.

et

A Maître Jean GAMBLIN

En témoignage de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Maurice AUBRY

Professeur à la Clinique d'Oto-Rhino-laryngologie

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profond respect

A Monsieur le Docteur Jean LEROUX-ROBERT

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Carcinologie cervico-faciale de l'Hôpital Boucicaut

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux

Il m'a accueilli dans son service et m'a fourni les éléments nécessaires à l'élaboration de ce travail

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et l'assurance de mon fidèle respect

A PROPOS D' UN NOUVEAU CAS

DE TUMEUR LARYNGEE D'ABRIKOSSOFF

Observations - Etude clinique
Histologie

-:-

INTRODUCTION

-:-

C'est en 1926 qu'ABRIKOSSOFF rapporta plusieurs cas d'une lésion particulière qu'il appela "myome myoblastique". Depuis, l'origine de cette lésion a fait l'objet de nombreuses controverses. C'est une tumeur pratiquement toujours bénigne, peu fréquente et sur les centaines de cas décrits, quelques uns seulement siègent au niveau du larynx. C'est la raison pour laquelle nous décrirons un nouveau cas de tumer d'Abrikossoff de la corde vocale.

-:-

OBSERVATION

-:-

HISTOIRE DE LA MALADIE

Monsieur M... Joël, âgé de 19 ans, consulte dans le service du Docteur LEROUX-ROBERT le 26 septembre 1966.

Il est adressé par le Docteur LAMBERT pour dysphonie depuis sa naissance sans gêne respiratoire ; il ne peut crier.
Un examen laryngoscopique a décelé l'existence d'une formation sortant de la partie postérieure du ventricule droit. Nous constatons une formation donnant une impression de fermeté, paraissant effectivement sortir de la moitié postérieure du ventricule droit, jaune, lisse, régulière, ne donnant aucun trouble de mobilité de la corde vocale correspondante.

Indication : exérèse par laryngo-fissure. On estime valable d'intervenir d'emblée sans biopsie.

Le 23 septembre, le malade est opéré sous anesthésie locale.

Compte-rendu opératoire :

Opération faite à Boucicaut par le Docteur LEROUX-ROBERT. Laryngo fissure pour tumeur d'allure bénigne corde vocale droite, sous anesthésie locale. Dégagement du larynx, section de l'isthme du corps thyroïde. Ouvertu-

re du larynx strictement sur la ligne médiane, on trouve la formation tumorale qui ne paraît pas insérée au niveau de la partie postérieure du ventricule mais semble dépendre de la face supérieure de l'apophyse vocale avec néanmoins modification de la muqueuse de la corde vocale jusqu'à son 1/3 moyen, le plancher du ventricule étant intact, ainsi que le 1/3 antérieur de la corde.

Puisque l'on recherche à faire une intervention à visée fonctionnelle on ne désinserre pas la corde, mais on la sectionne un peu en arrière de son insertion antérieure. On respecte le plancher du ventricule ; en arrière on sectionne au niveau de l'apophyse vocale, en empiétant un tout petit peu sur celle-ci mais sans la supprimer car on a respecté les plans musculaires profonds de la corde.

L'aspect macroscopique est celui d'une formation chondromateuse peut être chondylochondromateuse.

Fermeture partielle de la peau, sans tamponnement et sans canule.

Suites opératoires :

Le 26 : bon aspect de la cavité laryngée et de la zone opérée.

Le 21/10 : la zone tumorale est parfaitement bien cicatrisée, mais il existe une petite tendance au bourgeonnement inflammatoire au niveau de la région juxta-commissurale antérieure.

Le 3/11/66 : amélioration de la dysphagie. Il ne persiste plus qu'une toute petite for-

mation polypoïde à l'union du 1/3 antérieur et du 2/3 postérieur de la corde vocale opérée, une autre au niveau de la région sous commissurale antérieure.

Cette dernière est certainement cicatricielle en rapport avec la laryngo-fissure.

Le 10/1/67 : zone d'insertion redevenue normale. Petit polype d'allure inflammatoire, sans commissural antérieur ne gênant pas la phonation.

Le 17/4/67 : parfait état. Bonne mobilité. Aspect normal du larynx.

Examen anatomo-pathologique : par le Professeur Agrégé Jean de BRUX.
Nature du prélèvement : tumeur de la région arythénoïdienne de la corde vocale droite.

La tumeur laryngée examinée refoule la muqueuse malpighienne de bordure. Elle est constituée exclusivement par des éléments cellulaires allongés à cytoplasme très éosinophile et finement granuleux disposés en travées plus ou moins entrecroisées, pratiquement dépourvus de réaction stromale interstitielle. Les noyaux de chacun de ces éléments sont parfois un peu irréguliers et chromatiques mais sans anomalie ni mitose.

L'image est celle d'une tumeur à cellules granuleuses ou myoblastome ou encore tumeur d'Abrikossoff. Ces tumeurs, histologiquement bénignes ne récidivent localement que si elles ont été insuffisamment enlevées.

°°°

Rapport de quelques autres cas de tumeur laryngée d'Abrikossoff

PREMIER CAS : La dernière observation en date est celle rapportée par P. ANDRE (Annales Oto.Larynx. 1966, t.83).

M.J.... André, 64 ans, nous est adressé le 14 décembre 1964 par le Docteur AREMBOURG pour une formation polypoïde de l'hémilarynx droit.

Cet homme en excellent état général, présente depuis un an et demi un enrouement progressif absolument monosymptomatique. La laryngoscopique indirecte met en évidence une néoformation arrondie, lisse uniformément rouge, paraissant sous-muqueuse, de l'aspect et du volume d'une cerise. Elle recouvre tout le tiers antérieur de la corde vocale, paraît naître du plancher du ventricule, ne soulève pas la bande ventriculaire et respecte la commissure antérieure.
Le larynx est parfaitement mobile, l'examen O.R.L. de même que l'examen général restent absolument négatifs. Les examens radiographiques (Docteur DAVAINE) montrent de profil et en vocale "o" une tumeur régulièrement arrondie occupant la moitié antérieure de la fente laryngée, voisine en avant de la commissure antérieure. Les tomographies de face, à 2 cm et à 2,5 cm laissent mieux apparaître le siège sus-glottique droit, débordant la ligne médiane ; la sous-glotte est parfaitement libre.

Une tentative d'exérèse par les voies naturelles a été faite par le Docteur AREMBOURG, mais est restée vaine ; la pince dérapant sur la muqueuse et ne parvenant pas à mordre la tumeur.

Le diagnostic que nous posons est celui de tumeur bénigne probable de la moitié antérieure du plancher ventriculaire dont la nature ne pourra être précisée que par l'examen histologique de la pièce opératoire.

Thyrotomie le 23 décembre 1964 (Docteur ANDRE) sous anesthésie générale. Comme la tumeur est effectivement née de la partie antérieure du plancher ventriculaire, comme elle semble insérée très en dehors, au contact du cartilage thyroïde, infiltrant néanmoins la partie antérieure de la corde vocale, une trachéotomie basse de sécurité est pratiquée et l'on procède à une cordectomie droite partielle antérieure élargie au plancher ventriculaire et à une partie de l'aile thyroïdienne. Reconstitution des plans prélaryngés, fermeture en trois plans sans drainage. La canule trachéale est maintenue trois jours. Suites opératoires normales.

Examen histologique : petite tumeur sphérique, pleine, de 10 mm de diamètre, siégeant dans la paroi laryngée, au niveau du plancher du ventricule droit. Cette formation tumorale est bien limitée, repoussant partout à l'entour le tissu sain adjacent et se recouvrant en surface d'un épithélium malpighien normal, à peine aminci. Histologiquement cette tumeur est faite de cellules d'assez grande taille, se disposant en colonnes, surtout bien individualisées à la périphérie. Ces colonnes sont séparées les unes des autres par une trame réticulinique fine. Le fait le plus marquant est l'aspect granuleux du cytoplasme, tandis que le noyau sphérique, central, est de petite taille. C'est là l'aspect caractéristique d'une "tumeur à cellules granuleuses" considérée par les uns comme d'origine musculaire, par d'au-

tres comme d'origine nerveuse, par certains enfin comme histiocytaire. Quoiqu'il en soit dans la quasi-totalité des cas, l'évolution de ces proliférations est bénigne et les critères morphologiques vus ici permettent de penser qu'il en sera ainsi chez ce malade.

Conclusion : Tumeur d'Abrikossoff. Comme la mutilation de la corde vocale n'a été que partielle, comme le délabrement a été peu important, très rapidement, l'opéré a recouvré une voix pratiquement normale.

Les trois cas suivants sont rapportés par BEERKHUIS G.J. dans "Granular-celle myoblastoma of the larynx. Report of three cases".

SECOND CAS : En mai 1945 un noir de 40 ans est hospitalisé pour pneumonie. On note dès cette époque l'existence d'une dysphonie, mais l'investigation n'est pas poussée plus loin.

En 1955, à l'occasion d'une autre hospitalisation on trouve à l'examen laryngoscopique un tissu d'allure polypoïde siégeant sur le tiers postérieur de la corde vocale gauche et un oedème global du larynx.

A l'examen direct sous anesthésie générale la tumeur est surélevée, ulcérée en son centre, s'étendant dans le ventricule et dans l'aire inter arytenoïdienne jusqu'à l'extrémité postérieure de l'autre corde vocale.

S'agissait-il d'une tuberculose, d'un cancer, d'une laryngite chronique ?

Les résultats histologiques évoquent soit

une tumeur d'Abrikossoff, soit un carcinome différencié du larynx. A cette époque, c'est finalement l'examen répété du malade, sans aucun traitement, qui fait porter, en l'absence de tout signe d'évolution maligne, le diagnostic de tumeur d'Abrikossoff.

TROISIEME CAS : Un homme de 39 ans est hospitalisé pour alcoolisme aigu. Un examen laryngoscopique indirect fait à la suite d'une dysphonie ne révèle qu'un oedème généralisé du larynx. Quelques mois plus tard le malade est réexaminé et l'on aperçoit, en plus d'une plaque de leucoplasie au niveau de la commissure antérieure, une zone surélevée grisâtre, s'étendant dans la région inter-aryténoïdienne. La lésion semble bien limitée et ne présente pas d'ulcération. Plusieurs biopsies furent pratiquées et l'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un myoblastome à cellules granulaires. Depuis aucun traitement n'a été appliqué et l'examen régulier du malade ne présente aucune extension (1960).

QUATRIEME CAS : Dans un quatrième cas BEERKHUIS rapporte l'association d'un papillome de la corde vocale droite associée d'une "formation polypoïde" de la corde vocale gauche qui s'est avérée être à l'examen microscopique une tumeur d'Abrikossoff. La malade âgée de 39 ans consultait pour dysphonie et fréquents "maux de gorge" depuis un an.

CINQUIEME CAS : Gosavi D.K. "Granular celle myoblastama of the vocal cord. Report of a case" (Ann.Otol.(1964)).
Un enfant de 12 ans consulte pour dysphonie et dyspnée paroxystique. L'examen laryngocos-

pique révèle l'existence d'une tumeur de la taille d'un gros pois pourvue d'un large pédicule, implantée sur la corde vocale droite.
Ablation de la tumeur par voie endoscopique.
Compte rendu histologique typique de tumeur d'Abrikissoff.
Pas de récidive.

SIXIEME CAS : Clarence D. Hinton.M.D. (A.M.A. Archive of Otolar.vol.68, octobre 64) rapporté par JULIEN (Thèse 1966, 478).

Une jeune femme noire de 31 ans est admise à l'hôpital en 1956 pour dysphagie, dyspnée et dysphonie depuis trois mois. Les symptômes avaient déjà motivé un examen O.R.L. où l'on aurait trouvé un petit nodule sur la bande ventriculaire gauche, juste en avant de l'ayténoïde. Elle présente en plus une hyperémie des cordes vocales et une amygdalite chronique.

Le nodule est complètement extirpé à la pince. Il mesure 0,5 centimètre de diamètre, et est accompagné de deux petits nodules.

L'examen histologique montre :
Une coupe bordée par un épithélium stratifié, présentant localement un aspect leucoplasique. La majeure partie de la sous-muqueuse est occupée par de grandes cellules soit rondes, soit ovales, ou allongées avec un abondant cytoplasme granuleux et éosinophile. Les noyaux des cellules sont très variés dans leur forme, leur localisation, leur intensité de coloration. Ils sont soit ronds, soit ovales ou allongés et quelques-uns apparaissent modérément hyperchromatiques. Beaucoup de ces noyaux sont excentrés. Les cellules granuleuses ont tendance à se réunir en bandes, en travées.

Le diagnostic histologique est le suivant: Myoblastome à cellules granuleuses. Les deux petits nodules extirpés en même temps sont des polypes inflammatoires. Pas de récidive 19 mois après l'ablation de la tumeur.

-:-

ETUDE CLINIQUE DE LA TUMEUR D'ABRIKOSSOFF A LOCALISATION LARYNGEE

-:-

On peut la rencontrer dans tous les tissus humains, mais elle siège le plus souvent sur la langue, le sein, la vulve et dans cet ordre de fréquence. Elle peut se développer sur des tissus dépourvus de fibres musculaires striées (sein). La localisation laryngée représente 3 p.cent environ des cas. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur unique (95 p.cent des cas) touchant aussi bien l'enfant que l'adulte, plus souvent l'homme que la femme.

Signes fonctionnels

L'état général est conservé et les signes qui amènent le malade à consulter sont consécutifs à l'encombrement de la tumeur : dyspnée, dysphonie, dysphagie. FRASER rapporte le cas d'un enfant de 9 ans qui avait dû subir une laryngectomie pour asphyxie aiguë causée par une volumineuse tumeur d'Abrikossoff.

Signes physiques

L'aspect habituel est celui d'un nodule arrondi, bien circonscrit, de 1 cm de diamètre, saillant, gris jaunâtre à surface kératosique, de consistance ferme. Mais nous avons vu que la tumeur pouvait se présenter sous forme d'une plaque infiltrée, surélevée, de surface variable et de couleur géné-

ralement pâle ou même sous forme d'une tumeur pédiculée. Dans plusieurs observations on a pu remarquer que la tumeur s'accompagnait d'un oedème du larynx. La structure histologique sera mieux définie que l'aspect macroscopique qui peut donc être très variable.

Notons que certains ont attribué au traumatisme, à l'infection répétée, à la syphilis un rôle de facteur favorisant dans la survenue d'une tumeur d'Abrikossoff. Les cas de tumeurs d'Abrikossoff sont encore trop rares pour établir une statistique à ce sujet.

Evolution

KOSS, MILLER, FOOTE ont décrit quelques cas de tumeurs d'Abrikossoff à évolution maligne. Dans aucun de ces cas la tumeur ne siégeait sur l'arbre respiratoire. Les quelques vingtaines de cas dont nous avons pu prendre connaissance ont tous été d'évolution bénigne : récidive simple ou guérison.

Traitement

La radiothérapie est totalement inefficace. L'exérèse totale de la tumeur, par laryngo-fissure le plus souvent, en est le seul traitement. Il n'y a de récidive que si l'exérèse est incomplète.

Le diagnostic différentiel

L'examen clinique a le mérite d' évoquer une tumeur bénigne : tumeur bien limitée, d'évolution lente, respectant la mobilité laryngée, sans adénopathie.

C'est l'examen anatomo pathologique d'un

prélèvement ou le plus souvent de la tumeur elle-même qui permet le diagnostic de façon certaine. Toutefois une biopsie trop superficielle peut faire croire qu'il s'agit d'un épithélioma en raison de l'hyperplasie épithéliale parfois considérable.

-:-

ANATOMOPATHOLOGIE ET HISTOGENESE

-:-

L'examen histologique laisse rarement de doute sur la nature de la tumeur : BOURZIEX J.L. (La tumeur à cellules granuleuses d'Abrikossoff) en donne la description suivante :

Les cellules :

Les cellules sont particulièrement grandes, arrondies, ovalaires, fusiformes, polyédriques, oblongues et à extrémités obtuses.

Leur diamètre moyen est de 30 μ . Certaines peuvent atteindre 60 μ . Le cytoplasme est volumineux, plus ou moins bien délimité, clair et transparent, faiblement acidophile, grossièrement granuleux. Ces granulations sont colorables par la fushine de Gomori. Il s'agit parfois de boules hyalines de 4 microns faisant dire à LEROUX et DELARUE que l'aspect est "plus nuageux que granuleux". En définitive, la taille, le nombre, la répartition et le degré d'éosinophilie sont variables (HORN et STOUT). La nature histochimique de ces granulations est variable selon les auteurs. Ce chapitre fut particulièrement bien étudié car on pensait qu'il pouvait donner la réponse à l'origine des cellules granuleuses.

Citons enfin que pour BANGLE, ces granulations seraient constituées par un complexe protéolipidique, alors que pour BETZ et DE-

SOIGIES, ce serait des complexes de protéines et de polysaccharides.

Le noyau est unique (Ecochard) ou double (Florentin). Pour DECHAUME, CERNEA et PAYEN, les noyaux peuvent être multiples ce qui confère un aspect syncitial. Le noyau, de petite taille, condensé et chiffonné est situé au centre ou à la périphérie. Il mesure de 7 à 10 microns. Il est muni d'un ou deux nucléoles arrondis, métachromatiques. Pour MASSON, les mitoses sont rarissimes et on ne note pas d'anarchie nucléaire. L'aspect fripé ou chiffonné serait provoqué par des éléments en voie de dégénérescence.

L'ensemble des cellules

Les cellules sont groupées en conglomérat plus ou moins dense de travées de rubans (ou cordons) parfois anastomosés. Elles sont séparées entre elles par de minces cloisons de tissu conjonctif. Suivant l'importance de celui-ci on a pu décrire un aspect organoïde (Abrikossoff) et en fonction du plan de section on a pu avoir des images pseudo-glandulaires et pseudo-alvéolaires.- HOLLE, HOWE et WARR - Le stroma est constitué de conjonctif renfermant des fibres élastiques et un réseau de réticuline mis en évidence par la méthode d'imprégnation argentique de Wilder. Celui-ci a d'ailleurs classé ses tumeurs selon l'importance du tissu conjonctif. GRANGER trouve au sein du conjonctif des éléments à protoplasme très clair contenant peu de granulations et d'aspect vacuolaire: ce sont les spongiocytes, cellules que l'on trouve dans les tumeurs bénignes congénitales du nourrisson. Leur noyau étant identique, cela permet d'en faire des cellules de même lignée.

MOULONGUET signale la présence d'îlots épithéliaux. Les capillaires sont nombreux, entourés parfois de fibres collagènes tenues.

Quant aux rapports de la cellule granuleuse avec les fibres musculaires, les nerfs et les fibres réticulaires, nous les étudierons en détail avec l'histogenèse.

Rapport d'ensemble

Les plages de cellules tranchent par leur clarté avec les tissus voisins. La limite est tantôt nette, tantôt imprécise. En surface elles sont au contact de la peau et des muqueuses. Pour la langue, il s'agit le plus souvent d'un nodule isolé recouvert d'une muqueuse leucoplasique, verruqueuse, hyperkératosique et d'apparence néoplasique. Le phénomène est unique et cela a soulevé le problème de la présence d'un irritant quelconque dans la tumeur. Pour HOWE et WARREN 28 p.cent des cas qu'ils étudièrent, présentaient une hypertrophie pseudo-épithélioma-teuse.

Fréquemment il existe une bande de tissu conjonctif entre la muqueuse et le nodule: ce qui enlève l'apparence de malignité. En profondeur, les plages cellulaires sont en rapport étroit avec les fibres musculaires ou avec le tissu de l'organe intéressé. Dans le cas du muscle, cela donne parfois l'impression d'une continuation. Il s'agit là d'une véritable imbrication qui a fait discuter une origine myogène.

HISTOGENESE

L'origine des tumeurs à cellules granuleuses n'a pas fait l'unanimité de tous les anatomo-pathologistes : origine musculaire, épithéliale, histiocytaire et surtout nerveuse qui est pratiquement admise par bon nombre d'entre eux actuellement.

Origine musculaire

ABRIKOSSOFF a d'abord pensé que les cellules granuleuses avaient pour point de départ des cellules musculaires embryonnaires, les myoblastes. Cette conception s'est avérée insatisfaisante et d'autres hypothèses ont été émises concernant notamment le devenir des myoblastes.

Cette théorie a eu pour mérite d'être la première à reconnaître en la Tumeur d'Abrikossoff une entité pathologique.

L'origine épithéliale

N'est fondée que sur l'existence de forme congénitale (epulis).

La théorie histiocytaire

Elle considère (DELARUE et LEROUX) la cellule granuleuse comme un histiocyte fonctionnel mais pourvu d'un trouble métabolique. La cellule granuleuse est assimilée à un élément mésenchymateux stockeur de lipides.

La théorie nerveuse

BOURLAND, à partir d'une observation, la résume ainsi : on observe un processus

hyperplasique et dégénératif intéressant les gaines nerveuses, diffusant lentement le long de celles-ci à partir d'un foyer tumoral principal. Dans les zones les plus profondes de ce foyer, les cellules ovoïdes, fusiformes, rubanées tendent à se disposer concentriquement et à former un véritable manchon autour des troncs nerveux.

Le périnèvre subsiste rarement ; les cellules tumorales colonisent l'endonèvre, s'insinuent entre les faisceaux de neurite. Elles remplacent même les cellules Schwanniennes. Le faisceau de neurite perd toute cohésion et s'étale en large éventail suivant un trajet tortueux au contact même des cellules granuleuses.

L'imprégnation argentique présente un grand intérêt pour une telle observation.

Dans les cas (un sur deux) où la pièce observée ne comporte pas de troncs nerveux, il s'agit selon BOURLAND soit de prélèvement incomplet, soit d'une disparition des fibres nerveuses due à une évolution prolongée.

CONCLUSIONS

-:-

C'est en vertu de la rareté des tumeurs d'Abrikossoff au niveau des cordes vocales que nous avons tenu à rapporter l'aspect clinique de cette curieuse lésion.

L'examen histologique redresse le plus souvent le diagnostic erroné du clinicien qui peut l'avoir étiqueté neurinome, fibrome, chondrome ou polype télangiectasique; mais dès le premier examen celui-ci évoque le diagnostic de tumeur bénigne que confirme l'histologiste et l'évolution.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : M. AUBRY

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

A/ Localisation laryngée

B/ Bibliographie récente de la tumeur d'Abrikossoff à localisation non laryngée

A/ Localisation laryngée

CORDES VOCALES - TUMEUR d'ABRIKOSSOFF
(références récentes)

HINTON C.D. & M.A. WEINBERGER
"Granular-cell myoblastoma of the larynx". (A.M.A. Arch.Otolar.(1958), 68, p.497-500).

BUSANNY-CASPARI W. & C.H. HAMMAR
"Malignancy of so-called myoblastic. myoma". (Zbl.Allg.Path.(1958), 98, p.401-6).

SYLWANOWICZ L. & O. MIODUSZEWSKA
"Myoblastoma laryngis".
(Pol. Tyg.Lek. (1959), 14, p.1155-8).

BERTOGALLI D.
"Myoblastoma of the vocal cords. (Review of literature on muscle-tissue tumors of the larynx)".
(Arch. Ital.Otol. (1959), 70, p. 748-59).

BALSHI S.F.
"Myoblastoma of the larynx".
(Ann.Otol.(1960), 69, p.115-20).

BEEKHUIS C.J.
"Granular-cell myoblastoma of the larynx. Report of three cases".
(A.M.A. Arch.Otolar.(1960), 72,p.314-20).

WALTER W.L.
"Granular cell myoblastoma of the larynx with the presentation of two cases".
(Ann.Otol. (1960), 69, p.328-39).

CHIAPPE L.C.
"Laryngeal myoblastoma. Abrikossoff's tumor".
(Prensa Med. Argent. (1961), 48,p.3215-7).

LYONS C.D., C. HAINDEL & I.M. BLATT
"Myoblastoma of the larynx. A report of five cases".
(Laryngoscope (1962), 72, p.909-14).

WARD P.H. & H. OSHIRO
"Laryngal granular-cell myoblastoma. Appearance with pseudoepitheliomatous hyperplasia".
(Arch.Otolaryng. (1962), 76, p.239-44).

HALPERIN D.
"Granular cell myoblastoma of the vocal cord. Report of a case".
(Ann. Otol. (1964), 73, p.184-5).

GOSAVI D.K. & Coll.
"Granular cell myoblastoma of vocal cord".
(J.Laryng. (1964), 78, p.79-81).

WESTERNHAGEN B. von
"The so-called myoblastomyomas of the larynx and their frequent wrong interpretation as carcinomas",
(HNO (1964), 12, p.49-50).

OTTOSSON B.G.
"Myoblastoma of the larynx".
(Acta Neuropath. (Berlin), (1964), 58, p.86-93).

POPE T.H.
"Laryngeal myoblastoma".
(Arch. Otolaryng. (1965), 81, p.80-2).

SZMEJA Z. & Coll.
"On Abrikosov's tumors (myoblastoma)".
(Otolaryng. Pol. (1965), 19, p.249-52).

PINELLI V.
"Myoblastomas in otorhinolaryngology".
(Valsalva (1965), 41, p.350-88).

KIM G.R. & Coll.
"A granular cell myoblastoma of the larynx".
(Yonsei Med. J. (1965), 6, p.68-76).

ANDRE P., P.RENAULT, H.LACCOURREYE & Coll.
"Tumeur d'Abrikossoff du larynx".
(Ann. Otolar. (1966), 83, p.437-40).

FUST J.A. and CUSTER
Amer. J. Clin. Potc. 1949.

KEOHANE J.
1956 (J.Laryng.) 70 - 19-522.

MAC NAUGHTAN & FRASER
1954 (J.Laryng). 68. 680.

MAGUDA T.A. and YOUNG J.M.
Anal. Otol. 62, 1035.

B/ Tumeur d'Abrikossoff

Bibliographie récente

AGRESTINI F.
Tumeur à cellules granuleuses de la langue.
Ann. di Stomat. juil. 1963, 12, n°7, 549 (566, 10 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

BOURLOND A.
Sur l'origine nerveuse des tumeurs à cellules granuleuses d'Abrikossoff.
Ann. Derm. Syph. oct.déc. 1964, 91, n°5-6, 499-504, 6 fig. (Bibliogr.).

BOURZEIX J.L.
La tumeur à cellules granuleuses d'Abrikossoff (à propos de 6 nouveaux cas, revue de la littérature mondiale et étude synthétique).
Thèse Paris, 1965, n°648

COYAS A. et PRATSUKA-OUGOURLOGLOU C.
Myoblastome de la langue.
Arch. of Otolaryng., mai 1966, 83, n°5, 465-467 (Bibliogr.)

D'ANGELO M. et D'ANTONIO A.
Sur le myoblastome granulocellulaire.
Ann. di Stomat. nov.1965, 14, n°11, 873-884, 7 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

DEI POLI G. et WEISZ R.
Aspects cliniques du myoblastome à cellules granuleuses d'Abrikossoff.
Minerva Chir., 30 sept. 1966, 21, n°18, 842-846 (Bibliogr.).

DE PAOLI M.
A propos d'un cas de tumeur d'Abrikossoff de la peau.
Minerva derm., fév.1966, 41, n°2, 55-60 (Bibliogr.) (Résumé français).

DHERMY P., MORAX P.V. et JOLIVET J.
La tumeur à cellules granuleuses (Tumeur d'Abrikossoff) dans sa localisation palpébro-orbitaire.
Ann. Ocul.nov. 1966, 199, n°11, 1025-1048, 10 fig. (Bibliogr.).

FRANCISCO J.V., SHAPIRO R. et REICHMAN L.
Myoblastome à cellule granuleuse de la langue.
J.Oral. Surg., janv. 1965, 23, n°1, 64-65 (Bibliogr.)

GANLEY C.J. et EL ATTAR A.M.
Myoblastome congénital du nouveau-né. Tumeur d'Abrikossoff de la muqueuse gingivale.
Oral Surg., nov. 1965, 20, n°5, 645-647 (Bibliogr.)

GANDER G.
A propos d'un cas de rhabdomyome granulocellulaire de la lèvre chez un enfant.
Rev.méd. Suisse rom., juil. 1965, 85, n°7, 453-459, 6 fig. (Bibliogr.).

LABOUCHE F., DAOULAS R. et BOUDER
Tumeur granulo-cellulaire d'Abrikossoff. Localisation cutanée.
Bull. Soc. franç. Derm. juil.-août 1965, 72, n°4, 442-444.

LAUGIER P. et coll.
Tumeurs d'Abrikossoff cutanées multiples.
Bull. Soc. Franç. Derm. janv.fév. 1966, 73, n°1, 25-28.

LIEBERMAN A. et SIMRING M.
Myoblastome multiple granulo-cellulaire de la langue.
Oral Surg., mars 1966, 21, n°3, 371-374 (Bibliogr.).

MAGENDIE J., BRUN G. et MAGENDIE J.
Un cas de "tumeur d'Abrikossoff" de la paroi thoracique, associée à des tumeurs multiples variées. Problème de l'origine commune à partir de dérivés des crêtes neurales.
Bordeaux chir., oct. 1964, n°4, 174-176.

STOUT F.W. et LUNIN M.
Ultrastructure de tumeurs buccales (améloblastome-carcinome, myoblastome à cellules granuleuses, oncocytome).
Oral Surg., sept. 1966, 22, n°4, 340-348, 5 fig. (Bibliogr.).

TSESHKOVSKY M.S. et PENKOV L.S.
Un cas de myoblastome malin avec métastases au squelette.
J.Radiol. (Moscou), 1966, n°2, 98-100 (Bibliogr.).

WAGNER K.J.
Myoblastome granulo-cellulaire.
Plast. Reconstr. Surg., janv. 1965, 35, n°1, 104-110, 5 fig. (Bibliogr.)

.-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-